

Analyse d'un cas montrant la pertinence d'utiliser la *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 3.0)* pour qualifier et évaluer, à des fins d'assurance-salaire, l'employabilité d'une personne ayant des incapacités

Charles Pare and Ghyslain Parent

Volume 20, Number 3, December 2012

Emploi et approches inclusives : le droit des personnes ayant des incapacités à participer, par un travail décent, au développement économique

Work and Inclusive Approaches: The Right of People with Disabilities to Participate, by Way of Decent Work, to Economic Development

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1086606ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1086606ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)

2562-6574 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pare, C. & Parent, G. (2012). Analyse d'un cas montrant la pertinence d'utiliser la *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 3.0)* pour qualifier et évaluer, à des fins d'assurance-salaire, l'employabilité d'une personne ayant des incapacités.

Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change, 20(3), 127–142. <https://doi.org/10.7202/1086606ar>

Article abstract

This article discusses how the Assessment of Life Habits (LIFE-H) can be used to describe the level of accomplishment of life habits of people with disabilities when having to explain to an insurance company what are the disabling situations they face on a regular basis in order to receive salary insurance benefits.

This article also presents, in its Appendix, a case-study produced with this assessment tool. It shows how the LIFE-H makes possible the description of real-life situations experienced by persons with disabilities unable to maintain employment in a job sufficiently remunerative for them to survive.

Analyse d'un cas montrant la pertinence d'utiliser la *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 3.0)* pour qualifier et évaluer, à des fins d'assurance-salaire, l'employabilité d'une personne ayant des incapacités

CHARLES PARE¹ ET GHYSLAIN PARENT²

¹ Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), Québec, Canada

² Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Article de transfert de connaissances • Knowledge-Transfer Article

Résumé

Cet article fournit les motifs pour utiliser la MHAVIE dans le but de décrire les habitudes de vie d'une personne en situation de handicap qui doit justifier ses limitations auprès d'une compagnie d'assurance devant lui verser des prestations dans le cadre d'un contrat d'assurance-salaire.

L'article présente aussi, en annexe, une étude de cas réalisée à l'aide de cet instrument et qui montre comment il est possible de décrire la situation réelle d'une personne vivant une situation de handicap la rendant incapable d'occuper un travail suffisamment rémunérateur pour lui permettre d'assurer sa survie.

Mots-clés : Mesure des habitudes de vie, handicap, employabilité

Abstract

This article discuss how the Assessment of Life Habits (LIFE-H) can be used to describe the level of accomplishment of life habits of people with disabilities when having to explain to an insurance company what are the disabling situations they face on a regular basis in order to receive salary insurance benefits.

This article also presents, in its Appendix, a case-study produced with this assessment tool. It shows how the LIFE-H makes possible the description of real-life situations experienced by persons with disabilities unable to maintain employment in a job sufficiently remunerative for them to survive.

Keywords : Assessment of Life Habits, disability, employability

Introduction

La pleine participation sociale d'une personne vivant des situations de handicap passe inévitablement par le travail et par l'accès à un milieu d'emploi sans obstacles (Organisation internationale du travail, 2013). Il est clair que, pour toute personne adulte, le monde du travail est un moyen d'avoir accès à une plus grande participation sociale (Comité interministériel du handicap, 2013). C'est aussi par les fruits de son travail, son salaire, qu'un individu pourra réaliser plusieurs autres habitudes de vie et aura accès à d'autres formes de participation sociale. L'argent est essentiel, que ce soit pour l'achat de biens permettant de combler les besoins les plus élémentaires à la vie jusqu'aux luxes, comme les loisirs, qui apportent de petits plaisirs à la vie.

La vie est heureusement et malheureusement pleine d'imprévus. En effet, de belles surprises viennent agrémenter les journées et nous apporter joie et bonheur. D'autres jours, il peut se produire un événement qui vient briser tous nos rêves. Il peut survenir une maladie ou un accident qui rendra la personne incapable d'occuper son emploi. Pour contrer le mauvais sort, la personne peut adhérer, sur un plan individuel ou collectif, à une assurance-salaire.

L'invalidité de longue durée

La publicité d'une compagnie d'assurance, la Financière Sun Life (2013), indique que l'atteinte des objectifs personnels et financiers d'une personne repose largement sur sa capacité de gagner sa vie. Cette entreprise invite les clients et futurs clients à imaginer à quel point leur vie pourrait changer en cas d'invalidité grave. Le client est invité à réfléchir à la provenance de l'argent nécessaire pour couvrir les frais courants comme les versements hypothécaires et la nourriture, les vêtements ou l'éducation des enfants. C'est pourquoi cette compagnie d'assurance mentionne qu'il est essentiel de se protéger convenablement par une assurance invalidité longue durée (ILD) qui peut contribuer à assurer la sécurité financière des personnes atteintes d'invalidité et leur permettre

de concentrer davantage leurs efforts sur leur rétablissement ainsi que sur leur retour au travail et à une vie normale. Ce genre de produit est offert par plusieurs autres compétiteurs; certaines compagnies, comme SSQ Groupe financier (2013), offrent une assurance salaire de longue durée qui assure un soutien financier à l'adhérent qui est dans l'incapacité de travailler pendant une longue période en raison d'une maladie ou d'une blessure. Cette protection prévoit le paiement de prestations dont le montant correspond à un pourcentage du salaire mensuel de l'adhérent.

Ce genre de produit, l'assurance invalidité longue durée, peut, dans le sens du *Modèle du développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH)* (Fougeyrollas, 2010), être considéré comme un élément facilitant la participation sociale d'une personne qui se trouve en situation de handicap à la suite d'une condition involontaire. Les compagnies d'assurance doivent, pour payer les prestations prévues au contrat de leur client, savoir si le client est apte ou non à occuper un emploi rémunérateur. En d'autres termes, la condition médicale de ce client, évaluée périodiquement par un professionnel de la santé qui doit préciser le niveau d'employabilité du client, doit être connue de l'assureur afin qu'il puisse déterminer s'il doit verser les prestations prévues.

L'employabilité

L'employabilité d'une personne ayant des incapacités est un concept qui comporte une grande part de subjectivité chez la personne qui pose le diagnostic. En effet, ce concept apparaît multifactoriel et se compose d'éléments objectifs et personnels à l'individu évalué. Il y a fort à parier que toutes ces composantes se mettent en jeu pour permettre de conclure si la personne est apte ou non à exercer ses compétences sur le marché du travail et est capable de s'acquitter de tâches lui permettant de maintenir un travail suffisamment rémunérateur lui permettant de subvenir à ses besoins.

Yorke (2006 : cité dans Pegg, Waldock, Hendy-Isaac, & Lawton, 2012) considère l'employabilité comme un ensemble de réussites



dans les sphères des compétences, des connaissances et des caractéristiques ou attributs personnels qui se sont améliorés de façon à accroître les possibilités d'emploi et les chances de réussir dans l'occupation visée, dans le but d'apporter des bénéfices à l'individu, au marché du travail, à la communauté et à l'économie.

Se basant sur les travaux de Harvey (2003), Pegg, Waldock, Hendy-Isaac et Lawton (2012) ajoutent que l'employabilité n'est pas seulement le fait d'obtenir un emploi. Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'un individu est en train de suivre un cours qu'il va automatiquement développer son employabilité. Pour Harvey (2003), l'employabilité est, pour un individu, davantage que le seul fait de développer des attributs, des techniques ou des expériences qui lui permettent d'obtenir un emploi ou de progresser dans sa carrière. Il faut mettre l'emphase plus sur les syllabes « ABILITY » que sur les syllabes « employ ». Dans cette foulée, l'emphase doit effectivement être mise sur le développement des habiletés critiques et de réflexion, et ce, dans le but d'augmenter le pouvoir d'agir et de mettre en valeur l'étudiant qui se forme.

Sogémap (2005) affirme que deux des indicateurs les plus importants pour déterminer l'employabilité d'une personne sont :

- le niveau de scolarité atteint;
- l'expérience de travail acquise.

Il considère même que quels que soient les groupes de personnes étudiés, il existe généralement une corrélation entre ces indicateurs et le fait d'occuper un emploi de qualité.

Pour mettre en lien les concepts reliés à l'employabilité, l'Edinburgh Napier University (2013) fournit son *Councious Employability Model* qui vise à aider les individus à développer leur plein potentiel personnel et professionnel, étant entendu que le niveau d'employabilité d'une personne n'est pas statique et évolue dans le temps. Une personne peut donc faire le choix d'avoir une meilleure employabilité tout au long de sa vie. Pour ce faire, la personne doit :

- s'engager dans un désir continu d'« apprendre à apprendre »;
- utiliser une réflexion constructive dans le but de s'auto-observer et de s'auto-évaluer;
- reconnaître ses propres forces et ses besoins de développement;
- utiliser des stratégies pour améliorer continuellement ses propres performances.

Le modèle de l'Edinburgh Napier University (2013) tient compte de quatre composantes maîtresses qui s'imbriquent les unes aux autres pour permettre un développement à la fois sur le plan personnel et sur le plan professionnel. La première composante touche *les compétences personnelles* qui tiennent compte :

- des habiletés de communication à l'oral, à l'écrit et dans les nouvelles technologies;
- des habiletés à se donner des objectifs personnels;
- de la capacité à gérer son temps;
- de la capacité à se constituer un réseau et à travailler en équipe avec les autres;
- de la capacité d'analyser et de résoudre des problèmes;
- de la capacité de penser stratégiquement.

La deuxième composante est *les caractéristiques ou attributs personnels* où il est question :

- d'une attitude positive;
- de la capacité de savoir bien se présenter;
- d'être proactif et autonome;
- d'être résilient en sachant utiliser tous les avantages d'une situation dans les moments difficiles;
- de la capacité d'être flexible et de savoir s'adapter;
- d'avoir une bonne connaissance de ses valeurs personnelles;
- de savoir se respecter et respecter les autres;
- d'être créatif.

La troisième composante prend en compte *les capacités intellectuelles* de la personne :

- la somme de connaissances acquises;
- la capacité évidente de faire des évaluations critiques;

- la capacité d'argumenter logiquement d'une façon appropriée;
- la capacité de mettre en pratique les connaissances théoriques apprises;
- la capacité de résoudre des problèmes complexes de manière qualitative et quantitative;
- la capacité de défier les hypothèses-allant-de-soi.

La quatrième composante est *une bonne connaissance des pratiques reliées à la profession* comme :

- les standards professionnels et les composantes éthiques;
- l'imputabilité et les comportements professionnels;
- les préoccupations commerciales;
- l'entrepreneuriat;
- une bonne connaissance de la culture organisationnelle;
- un réseautage professionnel diversifié.

Ce modèle semble complexe et demanderait à l'évaluateur de l'employabilité d'une personne ayant des incapacités de connaître avec précision une multitude d'éléments à la fois professionnels et personnels de l'individu. Il demande aussi de bien connaître l'environnement professionnel de la personne et le marché du travail dans son ensemble. Cette tâche est colossale.

Les six grandes catégories de handicap et l'employabilité des personnes ayant des incapacités

Bien que le modèle du *Processus de production du handicap (PPH)* (Fougeyrollas, 1998) recommande de ne pas s'attarder sur l'étiquette qui caractérise la personne ayant des incapacités, il est clair que certains organismes (Sogémap, 2005) considèrent encore six grandes catégories de déficiences :

- les déficiences intellectuelles;
- les déficiences du psychisme;
- les déficiences auditives;
- les déficiences visuelles;
- les déficiences motrices;
- les déficiences de la parole et du langage.

Pour Sogémap (2005), l'employabilité d'une personne ayant des incapacités varie selon la nature de ses incapacités. Même si la globalité de la personne devrait être considérée dans un domaine aussi ténu que l'employabilité, trop souvent la problématique des personnes ayant des incapacités est souvent présentée en considérant que ces personnes forment un groupe homogène. Les difficultés et les limitations qu'elles vivent peuvent varier considérablement selon les types de déficiences et d'incapacités, leur degré de sévérité et le moment où sont survenues ces déficiences et incapacités. Malgré ce constat, Sogémap (2005) a analysé l'employabilité des personnes ayant des incapacités en les regroupant sous les six grandes étiquettes. Une présentation résumée de leurs principaux constats sera faite dans les lignes qui suivent.

Premièrement, Sogémap (2005) estime que les personnes ayant des incapacités intellectuelles légères et qui ont bénéficié de services adéquats peuvent s'adapter assez facilement à un milieu de travail normal et à des tâches liées à un emploi non spécialisé. L'inclusion au marché du travail des personnes ayant des incapacités intellectuelles moyennes est cependant plus difficile. Il est nécessaire de prévoir pour elles un environnement de travail approprié et un encadrement plus soutenu. Quant aux personnes ayant des incapacités intellectuelles graves ou profondes, elles ne peuvent habituellement travailler qu'avec le soutien important d'une autre personne.

Deuxièmement, Sogémap (2005) mentionne que les personnes ayant un trouble mental se caractérisent par des perturbations au plan des fonctions psychologiques, cognitives ou émotionnelles. Ces perturbations ont des conséquences sur les capacités d'adaptation d'un individu à son milieu et sur sa capacité d'assumer pleinement ses rôles sociaux. Les troubles mentaux les plus fréquents sont :

- la schizophrénie;
- la dépression;
- le trouble bipolaire ou psychose maniaco-dépressive;
- les troubles anxieux;
- les troubles de la personnalité.



Pour Sogémap (2005), les personnes ayant un trouble mental sont plus scolarisées que la moyenne des autres personnes ayant des incapacités et, malgré cela, leur inclusion au marché du travail demande souvent un effort soutenu de la part du conseiller en emploi et de l'employeur.

Troisièmement, Sogémap (2005) précise que la surdité est la diminution de la capacité d'entendre. Les personnes sourdes, entre autres celles qui le sont depuis leur naissance, peuvent avoir de la difficulté à comprendre les notions abstraites et conceptuelles. Elles ont un langage plutôt concret, elles emploient peu d'articles, de prépositions, de pronoms et de termes abstraits. Toutefois, il faut préciser que le niveau de scolarité atteint et surtout l'apprentissage de la lecture peuvent contribuer grandement à améliorer la capacité des personnes à comprendre les notions abstraites. De plus, certains problèmes de communication font en sorte que les personnes ayant des incapacités auditives éprouvent beaucoup de difficultés à se trouver une place sur le marché du travail. Les employeurs se montrent réticents à embaucher quelqu'un avec qui toute communication nécessite un effort particulier. Sogémap (2005) ajoute que le problème de communication des personnes ayant des incapacités auditives se manifeste également lorsqu'elles font appel aux organismes de main-d'œuvre. L'obligation de recourir à un interprète peut constituer un obstacle à l'utilisation de ces services.

Quatrièmement, pour ce qui est des personnes ayant des incapacités visuelles, Sogémap (2005) indique que ces incapacités se mesurent en évaluant l'acuité et le champ visuel. L'acuité visuelle s'exprime en comparant le sujet examiné avec un sujet normal. Lorsqu'une personne a des incapacités visuelles, on détermine si elle est fonctionnellement aveugle ou fonctionnellement voyante. Une personne est reconnue fonctionnellement aveugle si la perte visuelle est presque totale et fonctionnellement voyante si elle peut percevoir :

- la luminosité;
- la forme;
- le mouvement.

Sogémap (2005) poursuit en mentionnant que les personnes ayant des incapacités visuelles éprouvent beaucoup de difficultés à trouver un emploi puisque les tâches qu'elles peuvent accomplir sont limitées et que leur participation au travail nécessite l'adaptation des postes de travail. De plus, il est difficile de convaincre les employeurs d'embaucher ces personnes pour une période d'essai étant donné toutes les implications en termes d'organisation du travail et, dans certains cas, les investissements financiers nécessaires à l'achat d'équipements spécialisés.

Cinquièmement, Sogémap (2005) indique que les incapacités motrices comprennent l'incoordination motrice, l'anormalité ou l'absence de réflexes moteurs, la réduction de l'amplitude gestuelle, l'anormalité du tonus musculaire et l'absence d'un membre ou d'une partie du corps et que dans la plupart des cas, les facultés intellectuelles ne sont pas affectées. Les difficultés d'occuper un emploi et la productivité des personnes ayant des incapacités motrices varient énormément selon le type et le niveau de sévérité des incapacités. Certaines personnes peuvent être facilement employables et, selon les tâches qu'elles ont à accomplir, être aussi productives que les personnes sans incapacités. Dans d'autres cas, l'embauche par une entreprise régulière devient presque impossible et cela dépend, en grande partie, des incapacités de la personne. Les déficiences et les incapacités d'une personne peuvent, par exemple, l'amener à s'absenter régulièrement du travail ou la rendre incapable d'occuper un poste à temps plein. Par ailleurs, les types de déficiences et d'incapacités déterminent également les catégories d'emplois que peut occuper une personne.

Sixièmement, pour Sogémap (2005), ces personnes ayant des incapacités au niveau de la parole et du langage vivent beaucoup de troubles complexes de la communication comme :

- les troubles de la parole;
- les troubles du langage;
- les troubles de la voix;
- le bégaiement.

Pour Sogémap (2005), ces personnes comprennent généralement les notions abstraites et conceptuelles. Elles comprennent leurs interlocuteurs et le sens de la conversation n'est pas altéré. À l'exception des personnes aphasiques, les personnes ayant des incapacités au niveau de la parole et du langage peuvent faire appel à des moyens compensateurs comme l'écriture, la communication gestuelle ou certaines aides techniques. Dans le cas des personnes aphasiques, les limitations sont plus importantes et l'obtention d'un emploi semble plus difficile. L'aphasie, un trouble du langage dû à une lésion au cerveau, peut entraîner une difficulté à trouver les mots, à construire des phrases, à articuler, à combiner les sons, à comprendre, à lire et à écrire. Il arrive également que les personnes aphasiques soient paralysées du côté droit et qu'ils aient des problèmes à raisonner et à se rappeler certains faits.

La mesure de l'employabilité à des fins d'assurance-salaire

Une évaluation de l'employabilité d'une personne ayant des incapacités, aux fins de l'attribution d'une assurance-salaire longue durée, commande au professionnel de la santé de fournir un portrait riche, juste et équitable pour bien rendre justice à la personne qui doit quitter le marché du travail en raison des situations de handicap vécues suite à un accident ou à une maladie soudaine ou évolutive. Il faut aussi rendre justice à l'assureur qui a la responsabilité de respecter son contrat le liant avec la personne. Pour ce faire, l'évaluation doit être honnête, complète et tenir compte des limitations et des forces résiduelles de la personne évaluée. En aucune manière, l'évaluateur ne devra se montrer complaisant pour l'une ou l'autre des parties et il devra se donner des outils lui permettant de fournir ce portrait avec la plus grande objectivité possible.

À cet effet, un outil semble adéquat pour analyser l'employabilité d'une personne. Il s'agit de la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE). Cet outil a été élaboré par Fougeyrollas, Noreau et St-Michel (1997) en s'inspirant du modèle du PPH de Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté

et St-Michel (1998) et il est utilisé dans plusieurs études pour qualifier la participation sociale d'un individu dans plusieurs activités courantes et rôles sociaux. Il va de soi que le travail est un rôle sociaux qui entre en interaction avec plusieurs autres activités de la vie. Il est pratiquement impossible de dissocier les activités de travail et de les traiter de façon isolée. En effet, l'individu est un tout et il doit être vu de façon globale dans son ou ses environnements.

Mesure des habitudes de vie

Pour définir les *catégories d'habitudes de vie* d'une personne, la nomenclature du *Processus de production du handicap (PPH)* (Fougeyrollas (2010), p. 188) est utilisée. De plus, l'instrument de la MHAVIE peut servir à mesurer et à objectiver la réalisation des habitudes de vie dans les activités courantes et les rôles sociaux. Les douze catégories d'habitudes de vie mesurées sont les suivantes :

- nutrition;
- condition corporelle;
- soins personnels;
- communication;
- habitation;
- déplacements;
- responsabilités;
- relations interpersonnelles;
- vie communautaire;
- éducation;
- travail;
- loisirs.

La MHAVIE (Noreau, Fougeyrollas, & Tremblay, 2000) est composée d'éléments de chaque catégorie et sous-catégorie des habitudes de vie de la nomenclature du PPH, comme la nutrition incluant le régime alimentaire, la préparation des repas et la prise des repas, etc. Ces habitudes de vie ont été décomposées en éléments plus simples, comme le fait d'utiliser un verre, se brosser les dents, etc., ou plus complexes comme maintenir une conversation ou assumer des responsabilités, etc. Il était nécessaire de formuler ces éléments de façon claire et précise afin d'éviter toute mauvaise compréhension. Certaines habitudes de vie doivent être obligatoirement réalisées parce



qu'elles sont déterminantes pour la survie de la personne comme, par exemple, le sommeil, la nutrition, l'hygiène excrétrice, etc. D'autres peuvent être réalisées selon certaines caractéristiques de la personne et de son contexte de vie comme, par exemple, l'entretien du domicile, l'utilisation de transports, l'éducation scolaire, l'occupation rémunérée, etc. La version détaillée de la MHAVIE (version 3.0) comprend 240 éléments. Une version abrégée de l'outil a été élaborée en utilisant des éléments plus globaux qui exprimaient adéquatement un aspect plus large de chacune des catégories d'habitudes de vie. Cette version comprend 77 éléments (version 3.1). Elle permet de réaliser un inventaire initial du profil de situations potentielles de handicap de la personne, lesquelles peuvent subséquemment être analysées plus précisément avec des sections spécifiques de la version détaillée. De même, cette version peut être utilisée pour dépister les situations de vie problématiques susceptibles de faire l'objet d'objectifs d'intervention, par exemple dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé (PII) interdisciplinaire.

Noreau, Fougeyrollas et Tremblay (2000) mentionnent qu'au cours des dernières années, plusieurs études ont été réalisées afin de documenter certaines caractéristiques métrologiques de la MHAVIE. Ces études ont porté tout d'abord sur la validité de contenu et la cohérence interne et, par la suite, sur divers types de fidélité. Enfin, des comparaisons avec d'autres instruments ont permis de documenter la validité convergente de la MHAVIE. Le lecteur est invité à consulter *Le guide de l'utilisateur de la MHAVIE* pour obtenir les différents indicateurs métriques de la MHAVIE.

Conclusion

À la lecture du cas d'une personne qui se trouve en situation de handicap à la suite d'un accident cérébrovasculaire, il est possible de voir que la MHAVIE est un outil suffisamment pertinent pour mesurer, sur le plan qualitatif, l'employabilité d'une personne. Les résultats de l'évaluation faite à l'aide de la MHAVIE et du modèle du PPH viennent apporter des informations additionnelles aux assureurs mais aussi aux autres praticiens qui ont à offrir des ser-

vices personnalisés à la personne ayant des incapacités. Il faut se souvenir que la réalité d'une personne ayant des incapacités n'est pas statique. En effet, tout comme le mentionne Fougeyrollas (2010), la personne est dans un processus qui évolue et qui se modifie. Il est donc judicieux de reprendre, à l'aide de la MHAVIE, une nouvelle photo, au mieux, six mois et, au pire, dix-huit mois plus tard pour avoir un riche portrait de la réalité de la personne. Ce nouveau portrait permettrait aux praticiens d'adapter leurs interventions et permettrait aux assureurs d'avoir l'heure juste.

Références

- COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DU HANDICAP (2013). *Comité interministériel du handicap : Le défi de l'égalité*. Repéré à <http://www.social-sante.gouv.fr/evenements-colloques,2396/comite-interministeriel-du,2820/>
- EDINBURGH NAPIER UNIVERSITY (2013). *Conscious Employability Model*. Repéré à <http://www.napier.ac.uk/oldcontent/standoutfromthecrowd/Pages/ConsciousEmployabilityModel.aspx>
- FINANCIÈRE SUN LIFE (2013). *Assurance invalidité de longue durée*. Repéré à http://www.sunlife.ca/Canada/sponsor/Association+&+affinity+business/Long-Term+Disability+LTD+Insurance?vgnLocale=fr_CA
- FOUGEYROLLAS, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L., & ST MICHEL, G. (1997). Guide de l'utilisateur « Instrument de mesure des habitudes de vie » (MHAVIE 2.1) et « Instrument de mesure de la qualité de l'environnement » (MQE). *Réseau International CIDIH*, 9(1), 6-19.
- FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J. & ST MICHEL, G. (1998). *Classification québécoise du Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- HARVEY, L. (2003). *On employability*. Enhancing Student Employability Co-ordination Team (ESECT) and Higher Education Academy.
- NOREAU, FOUGEYROLLAS, P., & TREMBLAY, J. (2000). *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE), Guide de l'utilisateur*. Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (2013). *Handicap et travail*. Repéré à <http://www.ilo.org/global/topics/skills-knowledge-and-employability/disability-and-work/lang--fr/index.htm>
- SOGÉMAP (2005). *Diagnostic sur la formation et l'emploi des personnes handicapées au Québec*. Québec : CAMO pour personnes handicapées.
- SSQ GROUPE FINANCIER (2013). *Assurance invalidité et gestion de l'invalidité*. Repéré à http://www.ass-collective.ssq.ca/fr/main_ps_invalidite.asp

ANNEXE

UTILISATION DE LA MHAVIE POUR RÉALISER UNE EXPERTISE AUX FINS D'UNE ASSURANCE-MALADIE LONGUE DURÉE

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ AU TRAVAIL ET DE LA PARTICIPATION SOCIALE
D'UNE TRAVAILLEUSE AYANT EU UN AVC ET ÉTANT DEVENUE INVALIDE

Nom fictif de l'évaluée : Cécile BEAUVET

Date de l'évaluation : 8 octobre 2013

À sa demande, j'ai procédé à une expertise auprès de madame Cécile Beauvet (date de naissance : 28 mars 1963) en vue d'évaluer et de mesurer ses réalisations pour lui permettre d'atteindre une pleine autonomie dans ses habitudes de vie, de qualifier son employabilité et de déterminer les conditions à un éventuel retour sur le marché du travail. Madame Beauvet m'a demandé de produire cette évaluation pour les besoins de la compagnie d'assurance *Le Petit Bonheur*. Elle m'a aussi demandé d'en faire parvenir une copie à la Régie des rentes du Québec (RRQ), au Centre GRAND DÉPART de sa ville ainsi qu'à son médecin traitant, Dre Maryse Bonpas, et au neurologue, Dr Denis Guyaume, qui s'occupent de sa santé.

Pour faire cette expertise, j'ai rencontré madame Beauvet à quelques reprises (les 7, 8 et 17 octobre 2013). J'ai analysé l'ensemble des documents qu'elle m'a fournis et j'ai utilisé des instruments de mesure généralement utilisés dans le domaine entre autres dans les centres de réadaptation ainsi que dans les Services de réadaptation de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Je connais bien ces instruments puisque je les utilise depuis plusieurs années et parce que j'ai donné de nombreuses formations auprès d'intervenants du monde psychosocial qui ont à les utiliser dans leur profession auprès de personnes vivant des situations de handicap.

Documents ayant servi à cette expertise :

- Lettre de la compagnie d'assurance *Le Petit Bonheur* datée du 24 septembre 2013
- Lettre du Dr Denis Guyaume, datée du 27 août 2013
- Lettre du Dr Pierrot Leloup datée du 28 mai 2012
- Rapport médical RRQ de la Dre Maryse Bonpas daté du 14 octobre 2013
- Lettre du 4 juin 2013 de madame Beauvet adressée à *Le Petit Bonheur*
- Questionnaire *Formation-Éducation-Expérience* rempli par madame Beauvet le 4 oct. 2013
- Questionnaire sur les AVD/AVQ rempli par madame Beauvet le 4 oct 2013
- Photos prises à la résidence de madame Beauvet.

Autres moyens de collecte d'informations :

Rencontres et communications téléphoniques avec madame Cécile Beauvet et son conjoint.

Outil de mesure :

La Mesure des habitudes de vie - version 3.1 (MHAVIE - 3.1) (RIPPH, 2003).



Synthèse des informations :

Il s'agit d'une dame âgée de 50 ans et 8 mois qui a été victime d'un *accident vasculo-cérébral sous-cortical gauche* survenu le 21 avril 2012. Elle a travaillé comme préposée aux bénéficiaires auprès de personnes âgées, pendant 2 ans et 3 mois, soit de janvier 2009 jusqu'à la veille de la date de son AVC. Elle est en arrêt de travail depuis le 21 avril 2013 et, selon les documents d'assurance fournis par madame Beauvet, elle a reçu des indemnités de la mutuelle d'assurance *Le Petit Bonheur* pendant la période du 20 août 2012 au 18 août 2013.

Le rapport médical du Dr Denis Guyaume, neurologue, daté du 27 août 2013 apporte des informations sur l'état de santé de madame Beauvet : « ...*La patiente est stable. Elle présente toujours une asthénie importante avec une sensation de faiblesse à l'hémicorps droit et des troubles de coordination au membre supérieur droit. (...) Elle demeure inapte à tout travail en raison d'une fatigue intense et d'un syndrome pyramidal droit principalement* ».

Le rapport médical du 28 mai 2012 du Dr Pierrot Leloup, neurologue, indique que madame Beauvet présente des antécédents de maladie bipolaire et que la médication du moment était Épipal 500 mg le soir.

Le rapport médical, adressé à la Régie des rentes du Québec, rempli par la Dre Maryse Bonpas le 14 octobre 2013, montre, à la section 8 « CAPACITÉ DE TRAVAIL », que madame Beauvet est, selon la médecin, apte à conduire un véhicule automobile. Ensuite, la docteure mentionne qu'elle a recommandé à madame Beauvet de cesser de travailler parce que la patiente a, le 24 avril 2012, présenté une hémiparésie à droite ce jour-là et que depuis, à l'effort, elle reste asthénique et a des difficultés de coordination et une sensation de faiblesse à l'hémicorps droit. Aussi, la Dre Bonpas indique que, sans tenir compte de son âge et de sa scolarité, madame Beauvet ne pourra faire un autre travail puisque ses difficultés sur le plan physique l'empêchent de reprendre son travail de préposée aux bénéficiaires. Pour ce qui est du plan clérical, en raison de sa fatigabilité liée au tableau neurologique, elle ne pourrait maintenir une attention-concentration suffisante sur une longue période, ce qui est aussi exacerbée par l'anxiété liée à sa maladie affective bipolaire (MAB) en dehors des épisodes d'hypomanie. La Dre Bonpas précise que madame Beauvet est incapable, à cause de son état physique ou mental, de travailler depuis le 24 avril 2012.

Les photos prises au 85, rue Charlemagne à Saville montrent que la résidence est propre, bien entretenue et, pour l'instant, semble adaptée à la situation physique actuelle de la résidente. Il est clair que si l'état de santé de madame Beauvet se détériore, elle se trouvera dans l'obligation de déménager puisque les accès, les couloirs et la disposition des pièces ne sont pas conformes aux règles en vigueur pour une personne qui aurait des difficultés majeures au plan de la mobilité.

Observations et informations recueillies auprès de la requérante :

Il s'agit d'une femme de 50 ans. Elle est bien mise et bien vêtue. Madame est originaire de l'Abitibi. Elle dit qu'elle a toujours travaillé dans sa région natale et qu'elle a occupé des emplois, au salaire minimum, principalement comme femme de ménage. Elle demeure dans la région de la Planche et du Billot avec son conjoint depuis six ans et le couple s'est installé à Saville en 2009. Actuellement, ils sont locataires d'un loyer dont le coût de location est de 410 \$ par mois. Madame a commencé à occuper son emploi de préposée aux bénéficiaires en 2010. Elle déclare aimer travailler auprès des personnes âgées et elle regrette de ne plus être apte à faire son travail. Elle a travaillé jusqu'à la veille de son accident.

Dans une lettre du 4 juin 2013 qu'elle a fait parvenir à sa compagnie d'assurance, madame Beauvet a déclaré comment l'AVC s'est produit.

Voici, au meilleur de ma connaissance, les informations demandées en lien avec cet accident :

- Le vendredi 20 avril 2012, j'ai travaillé à mon emploi de préposée aux bénéficiaires de 15h30 à 20h30 et, après mon quart de travail, je me suis rendue à mon domicile.
- Ce même soir, vers 22h00, je suis sortie avec des amies, collègues de travail.
- Vers 24h00, j'ai commencé à me sentir fatiguée de ma semaine de travail et j'ai décidé de retourner à la maison parce que j'étais supposée travailler le samedi vers 15h30.
- Arrivée chez moi, je me suis couchée et je me suis endormie.
- Le samedi 21 avril 2012, vers 8h00, je me suis réveillée pour me rendre à la salle de bain et j'ai eu beaucoup de difficulté à m'y rendre parce que je sentais comme une paralysie au membre supérieur et au membre inférieur droits. Je pensais que j'avais une grippe ou que j'avais mal dormi. Je n'avais jamais ressenti des malaises de ce genre auparavant et cette situation était totalement inconnue de ma part. Je pensais que cela était pour se passer. Je n'ai pas cru bon de me rendre à l'hôpital, car j'étais confiante que tout était pour rentrer dans l'ordre. J'ai téléphoné à mon employeur vers 9h00 du matin pour l'informer que je ne rentrerais pas travailler l'après-midi.
- J'ai passé toute la journée de samedi au lit ainsi que celle du dimanche 22 avril 2012.
- Le lundi 23 avril 2012, je me sentais dans un état similaire à celui ressenti les deux journées précédentes. Vers 9h00 du matin, j'ai décidé de téléphoner à la secrétaire de mon médecin de famille qui œuvre à la Clinique de Petite-Ville. La secrétaire de la Dre Bonpas m'a demandé ce que j'avais. Je lui ai dit que j'étais paralysée du côté droit – jambe et bras. J'ai dit à la secrétaire que j'étais inquiète et que j'aurais aimé avoir un rendez-vous la journée même.
- La secrétaire médicale m'a dit qu'il était impossible que je rencontre la Dre Bonpas la journée même, mais elle m'a donné un rendez-vous pour le lendemain, soit le mardi 24 avril 2012.
- Après avoir téléphoné à la secrétaire, je me suis recouchée toute la journée du 23 avril 2012.
- Le 24 avril 2012, je me suis présentée à la Clinique de Petite-Ville et j'ai vu mon médecin.

J'ai rencontré madame Beauvet et son conjoint à leur domicile de Saville dans le but de procéder à une évaluation de la participation sociale de madame Beauvet et de sa capacité d'occuper un emploi. Il s'agit d'une personne volubile qui apparaît sociable. Cependant, même si je n'ai aucune formation en orthophonie, il est possible pour moi et pour toute personne d'observer que madame a quelques difficultés langagières : elle est hésitante, parle fort, cherche occasionnellement ses mots. Un léger bégaiement est également présent. Il est possible de noter différentes inversions qui indiquent quelques difficultés au plan de l'appareil articulatoire. Par exemple, madame a dit « spichiatre » et « spichologue » à de nombreuses reprises. Il nous est impossible de préciser s'il s'agit de troubles de la parole qui sont apparus après l'AVC ou si ses inversions syllabiques occasionnelles sont en lien avec son niveau de scolarité. Je remarque des syncinésies au niveau du faciès lorsqu'elle prononce certains mots qu'elle estime difficiles à prononcer. Madame déclare avoir eu des difficultés à poursuivre ses études, mais elle mentionne que les choses se sont aggravées depuis son AVC. Elle mentionne que depuis l'incident :

- elle doit chercher ses mots;
- elle perd la mémoire;
- il lui arrive d'oublier ce qu'elle a à dire en plein milieu d'une phrase;



- elle mentionne qu'elle a oublié ses tables de multiplication et le calcul mental simple est impossible pour elle.

Madame déclare d'ailleurs avoir suivi, après son AVC, des activités de rééducation langagière avec une orthophoniste du Centre Grand Pas.

Madame déclare qu'elle a eu beaucoup de difficulté à poursuivre ses études et elle estime qu'elle aurait de nombreuses difficultés à retourner sur les bancs d'école. Actuellement, elle est détentricice d'une formation qui équivaut à une troisième secondaire. En consultant certaines de ses notes manuscrites, il y a lieu de voir que madame fait de nombreuses fautes de français :

- elle écrit au son;
- les verbes sont mal accordés;
- le vocabulaire est pauvre.

Ce manque de scolarisation vient nettement réduire les possibilités d'emploi de type clérical. Puisque madame est droitière et que les limitations fonctionnelles sont de ce côté, elle a de la difficulté à bien tenir un crayon et son écriture est malmenée. Madame déclare savoir comment utiliser un ordinateur mais, encore une fois, ses performances sont pauvres en raison des nombreuses fautes qu'elle produit.

Pour ce qui est de sa tolérance au travail, madame déclare qu'elle s'épuise facilement et qu'elle est toujours fatiguée. Elle évalue sa capacité de travail à moins de 10 minutes avec une latence tournant autour de 30 minutes, entre deux périodes d'effort.

Elle a trouvé pénible de faire le deuil de son ancien travail puisque ses amis étaient surtout issus de son milieu de travail. Elle se trouve assez isolée sur le plan social parce que son réseau familial et celui de son conjoint sont principalement à l'extérieur de la région.

Elle avoue avoir de la difficulté à assumer toutes les responsabilités ménagères et doit compter sur l'aide de son conjoint. Elle occupe principalement ses journées à se reposer au lit, à lire le journal et à parler avec sa mère au téléphone. Elle suit des émissions à la télévision et elle ne va prendre que de brèves marches à l'extérieur, parce qu'elle se fatigue très rapidement lors des déplacements.

Elle déclare qu'il lui a fallu plus de 14 mois avant de recevoir l'indemnisation des assurances et ce délai lui a causé de l'anxiété et des idées noires. Madame mentionne avoir un diagnostic de Trouble de la personnalité depuis de nombreuses années. Elle prend présentement de l'*Épival* (posologie) et elle est suivie par son médecin traitant pour trouble bipolaire de l'humeur. Elle doit faire équilibrer ses médicaments de temps en temps. Il lui arrive d'avoir des insomnies et, selon son conjoint, elle a des périodes d'agressivité diffuse. Selon les informations fournies par son conjoint quant à son instabilité de l'humeur, il y a lieu de croire que ses comportements peuvent être préjudiciables à une employabilité. Il lui est arrivé, dans le passé, de se chicaner avec des membres du personnel, mais tout finit par rentrer dans l'ordre. Il est possible d'observer certaines hypomanies chez madame qui peuvent constituer des effets secondaires de la prise des médicaments, mais qui sont aussi en lien avec des séquelles de l'AVC. Entre autres, on note de légers tremblements des mains, une labilité au plan du langage et une plus grande faiblesse et asthénie. Il lui arrive d'avoir le regard vague. Ces signes sont des caractéristiques observées dans les deux cas : 1) AVC et 2) prise de l'*Épival*.

Madame Beauvet décrit ses problèmes de santé mentale ainsi :

- Elle mentionne qu'elle a un diagnostic de maladie bipolaire depuis l'âge de 33 ans;
- Elle dit qu'elle est compulsive et fait tout vite lorsqu'elle n'est pas médicamentée;
- Elle a l'impression que tout tourne vite dans sa tête, comme un hamster;
- Elle mentionne qu'il lui arrive d'avoir des propos incohérents et de dire des choses qui peuvent blesser les individus;
- Elle verbalise qu'il lui arrive de prendre des décisions irrationnelles, de mauvaises décisions;
- Elle ajoute qu'il y a une grande variation d'humeur. À un moment elle est très joyeuse et, quelques secondes plus tard, elle aurait le goût d'être très agressive envers autrui;
- Il lui arrive d'avoir des idées noires et des idéations suicidaires.

Madame Beauvet déclare ne pas avoir honte de présenter des problèmes de santé mentale. Elle mentionne qu'elle en parle ouvertement avec ses amis et collègues de travail en leur disant : « N'oubliez pas que je suis bipolaire ». Elle justifie ainsi certaines frivolités et exubérances de son comportement. Pour elle, il s'agit de caractéristiques de sa personnalité. À plusieurs reprises, au cours de la conversation, madame Beauvet a dit : « Je ne suis pas folle, je ne suis pas folle ».

Les habitudes de vie :

Pour définir les habitudes de vie de madame Beauvet, la nomenclature du *Processus de production du handicap (PPH)* (Fougeyrollas, 2010, p. 188) est utilisée et l'instrument de la MHAVIE servira à mesurer et objectiver la réalisation de ses habitudes de vie dans ses activités de vie quotidienne et domestique. Les treize habitudes de vie mesurées sont les suivantes :

- nutrition;
- condition corporelle;
- soins personnels;
- communication;
- habitation;
- déplacements;
- responsabilités;
- relations interpersonnelles;
- vie communautaire;
- éducation;
- travail;
- loisirs;
- autres habitudes de vie.

Dans les lignes qui suivent, je présenterai un court résumé de mes observations à chacun de ces éléments.

1) Nutrition

Madame prépare ses repas. Elle s'en tient à la préparation de repas simples, nutritifs, mais peu élaborés. Elle mentionne avoir de la difficulté à peler les patates et à couper les légumes crus pour cuisiner. Elle mange seule, sans aide, mais il lui arrive d'avoir de la difficulté à mastiquer les aliments et à avaler.



2) Condition corporelle

Le sommeil est perturbé et les médicaments (Épival) l'aident en ce sens. Madame dort seule dans son lit puisqu'elle est inconfortable lorsque son conjoint dort avec elle. Les douleurs aux jambes et aux bras l'empêchent d'avoir un sommeil réparateur. Madame a des limitations importantes au niveau du côté droit à la suite de son AVC. La condition mentale de madame est stable lorsque ses médicaments pour soigner sa bipolarité sont bien équilibrés.

3) Soins personnels

Madame est autonome. Elle préfère la douche puisqu'elle éprouve des difficultés à se relever de son bain. Elle a acheté une chaise spéciale qu'elle met dans le bain. Madame s'habille seule et elle porte des vêtements amples et peu ajustés qui lui permettent de se vêtir sans aide. Par exemple, elle porte des pantalons avec un élastique à la taille puisqu'elle a de la difficulté à porter des jeans avec une fermeture-éclair, à attacher et à remonter. Il en est ainsi pour les boutons et fermetures-éclair. Elle a acheté un nouveau soutien-gorge qui s'attache à l'avant.

4) Communication

Madame est sociable, exprime bien ses besoins. Elle a cependant des difficultés avec son appareil locutoire. Elle bégaie à l'occasion, inverse des syllabes, bafouille lorsqu'elle parle. La communication est cependant fluide et intacte. Elle est expressive, colorée et utilise autant le non-verbal que le verbal. Elle suit bien la conversation. Cependant, elle a de la difficulté à comprendre le sens de certaines phrases. Elle dit qu'elle est plus lente depuis son AVC et qu'on doit lui expliquer deux ou trois fois les choses et les consignes. Par exemple, lorsqu'elle écoute les nouvelles à la télévision, son conjoint doit l'aider à saisir l'essentiel du message. Madame Beauvet perd la mémoire et elle éprouve de la difficulté à trouver ses mots. Elle ne se souvient pas toujours de ce qui s'est passé dans les instants précédents. Elle perd ainsi une partie importante des informations communiquées. Ceci pourrait, selon toute vraisemblance, lui occasionner certaines difficultés dans un travail futur. Madame témoigne d'un certain intérêt pour les nouvelles technologies, mais la pauvreté de son orthographe vient limiter l'utilisation de ces appareils. Par ailleurs, elle est totalement incapable de lire des instructions en anglais et elle a de la difficulté à interpréter avec justesse des schémas et des symboles. Les consignes ne doivent pas être complexes et elle ne peut s'acquitter de deux tâches cognitives à la fois. Par exemple, elle ne peut écouter une conversation et prendre des notes en même temps.

5) Habitation

Madame entretient son appartement. L'ensemble est propre, bien rangé et bien décoré. Elle a, à quelques reprises depuis son AVC, embauché une firme de salubrité pour la soutenir dans l'entretien de son appartement. Son conjoint participe aux tâches ménagères. Le conjoint dit que madame a la manie de la propreté et que tout doit être bien rangé et ordonné. Par ailleurs, le logement possède des pièces au sous-sol. Puisque madame s'y rend avec grandes difficultés, elle évite de descendre l'escalier, car elle craint d'y perdre pied. Elle doit attendre que son conjoint soit à la maison pour qu'il y descende des objets puisqu'elle ne peut s'y rendre avec des objets dans les mains. Par exemple, c'est son conjoint qui va chercher la nourriture qui est dans le congélateur au sous-sol. Pour entrer dans l'appartement, madame doit monter un escalier de cinq marches. Elle se sert de la rampe et monte difficilement. C'est son conjoint qui déneige et qui doit s'assurer que les marches sont libres. Lorsqu'il pleut et que les marches sont glissantes, madame est craintive et elle a peur de trébucher. Habituellement, sa descente des marches est faite en alternance des pieds, mais il lui arrive de devoir monter une marche à la fois avec une légère pause entre chaque marche. Madame ne semble pas nécessiter d'adaptations particulières et elle circule bien dans son appartement.

Elle a quelques aménagements dans sa salle de bain :

- des barres fixées au mur pour se soulever;
- une chaise adaptée pour son bain.

Si elle se sent insécure à la marche, elle s'appuie occasionnellement sur les meubles en place ou sur les murs.

6) Déplacements

Madame se déplace seule, sans aide. Elle utilise une canne lorsqu'elle a des déplacements à faire à long terme ou sur de plus longues distances. La fatigabilité qui la caractérise fait qu'elle réduit le temps passé à l'extérieur. Elle doit planifier ses courses à l'épicerie pour en diminuer la fréquence et la durée. Elle conduit son véhicule à transmission manuelle. Elle mentionne qu'elle a beaucoup de difficultés à changer les vitesses. Selon elle, sa conduite est de plus en plus difficile et elle pense sérieusement à cesser de conduire, car elle a peur d'avoir un accident. Elle dit se placer dans un état de vigilance extrême pour éviter d'avoir un accident et que cela l'épuise. Elle aimerait mieux utiliser le transport en commun, mais ses faibles moyens financiers l'empêchent de prendre le taxi. Elle aimerait acquérir un véhicule automatique mais, pour l'instant, elle n'en a pas les moyens. Pour elle, il est préférable, selon ses dires, de se laisser conduire par son conjoint ou des amis.

7) Responsabilités

Madame déclare avoir eu des difficultés financières importantes au cours de la dernière année puisque les assurances ont mis près de 15 mois à verser l'indemnisation. Des membres de sa famille l'ont aidée à traverser cette période. Madame essaie de planifier ses achats de la vie courante à l'aide des circulaires des magasins et elle dit qu'elle ne fait pas de folies. Elle essaie de se faire un budget, mais elle trouve que depuis son AVC, elle a de la difficulté à compter et elle doit vérifier et revérifier ses additions et soustractions. C'est surtout elle qui planifie et elle est capable de comparer les prix pour réaliser des économies. Elle connaît la valeur de l'argent.

8) Relations interpersonnelles

Madame préfère être discrète sur sa vie affective et sexuelle. Elle considère que ces informations ne sont pas en lien avec son employabilité et elle préfère garder la confidentialité sur ces aspects. Je lui dis que je respecte ce choix. Pour ce qui est de sa vie sociale, madame dit qu'elle la trouve très réduite. Elle mentionne qu'elle se fatigue trop vite pour entretenir de longues conversations avec ses amis(es). Ses amis(es) connaissent sa condition et ne viennent lui rendre que de courtes visites. Son réseau social se limite à trois ou quatre amis(es). Elle a surtout des contacts quotidiens, par téléphone, avec sa mère de 83 ans qui demeure en Abitibi. Elle a une sœur qui la visite deux ou trois fois par année. Elle a deux enfants (28 et 30 ans) qui demeurent ailleurs et qui lui rendent visite à l'occasion. Deux chiens font également partie de sa vie depuis trois ans. Elle s'en occupe bien et ils la motivent à aller prendre des marches quotidiennes dans le parc situé à tout au plus vingt mètres de son appartement. Madame va s'asseoir dans ce parc et elle initie des conversations avec des étrangers.

9) Vie communautaire

Madame a fréquenté quelques groupes associatifs qui veillent à la défense des personnes handicapées. Elle y est allée à deux ou trois reprises pour obtenir des informations. Elles s'y impliquent peu car cela la fatigue énormément. Elle demeure tout juste à côté de l'église, qu'elle fréquente peu. Elle a mentionné être allée à la messe trois ou quatre fois depuis qu'elle demeure à cet endroit.



10) Éducation

Madame a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 16 ans. Elle a aussi suivi des cours à l'éducation des adultes à l'âge de 30 ans, pendant des périodes de chômage, alors qu'elle demeurait en Saskatchewan avec son ex-conjoint militaire. Elle considère comme étant non significatifs les apprentissages qu'elle a faits à l'éducation des adultes et qu'ils n'ont servi à rien. En effet, elle suivait ces formations beaucoup plus pour sociabiliser avec d'autres Québécois qui vivaient en Saskatchewan. Elle dit qu'elle a quitté l'école jeune parce qu'elle n'aimait pas y aller, étant donné qu'elle avait de la difficulté à comprendre ce que les enseignants disaient. Elle ne prévoit pas entreprendre de nouvelles formations scolaires en raison de son âge, de ses pertes de mémoire, de sa fatigue excessive et de ses troubles de concentration.

11) Travail

Madame n'a pas de formation professionnelle. Elle est peu scolarisée et ne peut occuper d'emploi exigeant des responsabilités importantes. Madame dit avoir travaillé de façon honnête jusqu'à la veille de son AVC. Elle est frustrée de ne plus être capable d'occuper cet emploi parce qu'elle estime qu'elle s'y réalisait beaucoup. Elle était appréciée et cela lui donnait une raison de vivre. Elle avait toujours hâte d'aller voir « ses vieux » lorsqu'elle partait pour le travail. Elle se sentait appréciée et cela la valorisait beaucoup. En raison de ses limitations physiques, de sa condition psychologique, de son manque de compétences variées, de ses expériences antérieures de travail qui exigeaient une excellente condition physique, tout porte à croire que madame ne pourra plus s'acquitter d'un travail rémunérateur. Par ailleurs, madame ne peut pas faire de bénévolat puisque cela lui demande de l'énergie.

12) Loisirs

Madame a peu de loisirs puisque sa situation financière ne lui permet pas d'accorder de grosses sommes à ce chapitre. Elle se rend surtout à la bibliothèque. Elle profite de spectacles gratuits qui sont offerts dans la communauté. Elle se rend en Abitibi visiter la famille une ou deux fois par année. Puisqu'elle se fatigue beaucoup, elle concentre ses énergies pour réaliser les autres tâches de la vie quotidienne. Madame souhaiterait avoir la force d'aider les autres, surtout les personnes ayant des incapacités. Elle aurait aimé faire des travaux d'artisanat et du jardinage, mais ses limitations fonctionnelles viennent hypothéquer lourdement son souhait.

13) Autres habitudes de vie

Il n'y a rien à ajouter. Le portrait semble complet.

Madame Beauvet se situe à un résultat normalisé de 3,7 sur 10, ce qui permet de considérer madame Beauvet en situation de handicap dans presque toutes les habitudes de la vie.

*Note : Je tiens à préciser que madame Beauvet a eu de la difficulté à lire et à remplir le questionnaire MHAVIE puisque la seule lecture du questionnaire était, pour elle, ardue. Elle ne comprenait pas les questions et j'ai dû les lui expliquer plusieurs fois, même si les questions étaient simples. Elle était épuisée à la fin de l'entrevue qui a duré près de deux heures parce que je devais expliquer plusieurs fois le sens des questions. Par la suite, à quelques reprises, j'ai validé certaines informations par voie téléphonique avec son conjoint et elle.

Conclusion

Il s'agit d'une dame de 50 ans qui est peu scolarisée. Elle a toujours occupé de petits emplois au salaire minimum qui lui demandaient de fournir des efforts physiques soutenus. Des troubles de la personnalité, qui sont médicalement contrôlés, viennent réduire son employabilité.

Madame Beauvet présente des troubles neurologiques bien documentés par deux neurologues : les docteurs Pierrot Leloup de Grosse-Ville et Denis Guyaume de Belles-Rivières. Le 21 avril 2012, elle a été victime d'un AVC qui a conduit à un arrêt de travail et qui laisse chez elle de nombreuses séquelles au niveau de son bras droit et de sa jambe droite. Les documents médicaux montrent que ces séquelles sont irréversibles et qu'il y a peu de chance d'amélioration. Elle a donc des déficiences organiques au plan du système nerveux qui font en sorte que ses aptitudes en termes d'accomplir une activité physique ou mentale sont affectées, ainsi qu'au plan des aptitudes reliées aux activités intellectuelles, au langage, au comportement et aux activités motrices. Son neurologue assure un suivi soutenu. Madame doit prendre, à long terme, des anticoagulants pour réduire le risque d'apparition de d'autres épisodes AVC. Madame montre une fatigabilité importante qui vient lourdement hypothéquer ses possibilités d'occuper un travail. Cette fatigabilité est bien documentée dans les expertises du neurologue Guyaume et dans les rapports de la médecin traitante, la Dre Maryse Bonpas.

L'analyse de la situation biopsychosociale de la requérante montre clairement que la participation sociale de madame Beauvet est réellement réduite et qu'elle se retrouve en situations de handicap. Son état actuel la rend incapable de reprendre l'emploi qu'elle occupait au moment de son AVC et tout autre emploi rémunérateur lui permettant d'assurer sa survie.

Elle aura, sans aucun doute, besoin de mesures sociales permanentes puisque les chances d'employabilité de madame sont quasi inexistantes, sauf si un employeur consentait à lui offrir des accommodements qui sont, selon toute vraisemblance, impossibles à offrir. Ces accommodements seraient :

- tolérer une faible production de la part de madame;
- lui offrir de fréquentes pauses;
- lui offrir des services d'orthophonie, de physiothérapie et d'ergothérapie;
- lui offrir une nouvelle scolarisation permettant de développer de nouvelles compétences;
- lui fournir un transport adapté;
- aménager tout milieu de travail pour le rendre conforme à ses limitations fonctionnelles;
- lui confier des tâches qui commandent peu de force physique.

Puisqu'aucun employeur ne peut lui fournir ces aménagements, il y a lieu de conclure que madame Beauvet est inapte au travail et il y a fort à parier que sa condition cognitive ainsi que ses problèmes de santé mentale viennent limiter les possibilités de scolarisation additionnelle.

En somme, madame Beauvet est présentement en situation de handicap, ce qui la rend incapable, à très long terme, d'occuper tout genre d'emploi à cause de considérations multifactorielles qui se conjuguent. Selon les documents analysés, il est fort probable que l'état de santé de madame ne s'améliorera pas et que sa condition physique est irréversible. Il serait souhaitable que je puisse réévaluer toute la situation, à la lumière de nouvelles informations quant à l'état de santé de madame Beauvais, dans 18 mois, soit en avril 2015, afin de vérifier si des obstacles à sa pleine participation sociale se seront résorbés.

Je vous invite à communiquer avec moi pour toute autre information additionnelle.

Charles Paré, Ph. D., Ps. Éd.

c.c. Dre Maryse Bonpas, médecin traitant
Dr Denis Guyaume, neurologue, médecin spécialiste
Régie des rentes du Québec
Centre GRAND DÉPART de Saville
Madame Cécile Beauvet

